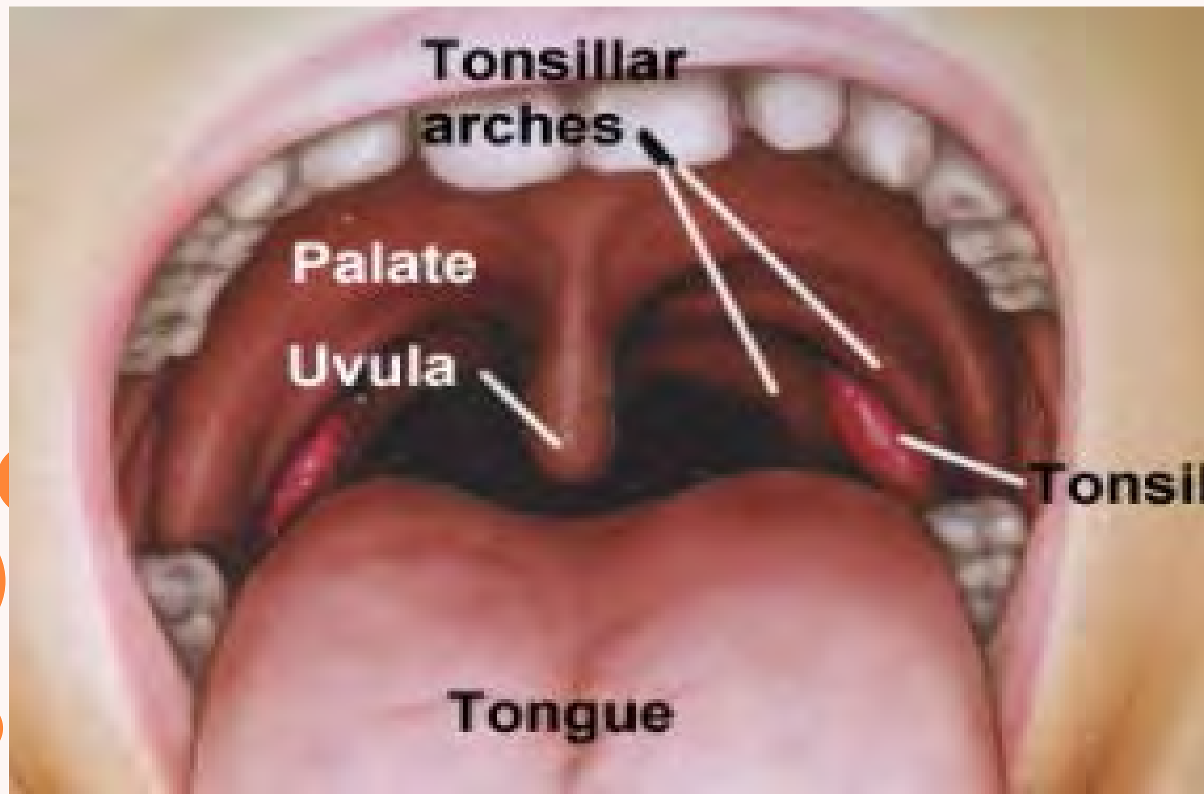
[redacted]



Pr K.SALHI

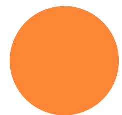
ANGINES



Dr. KHEDIRI

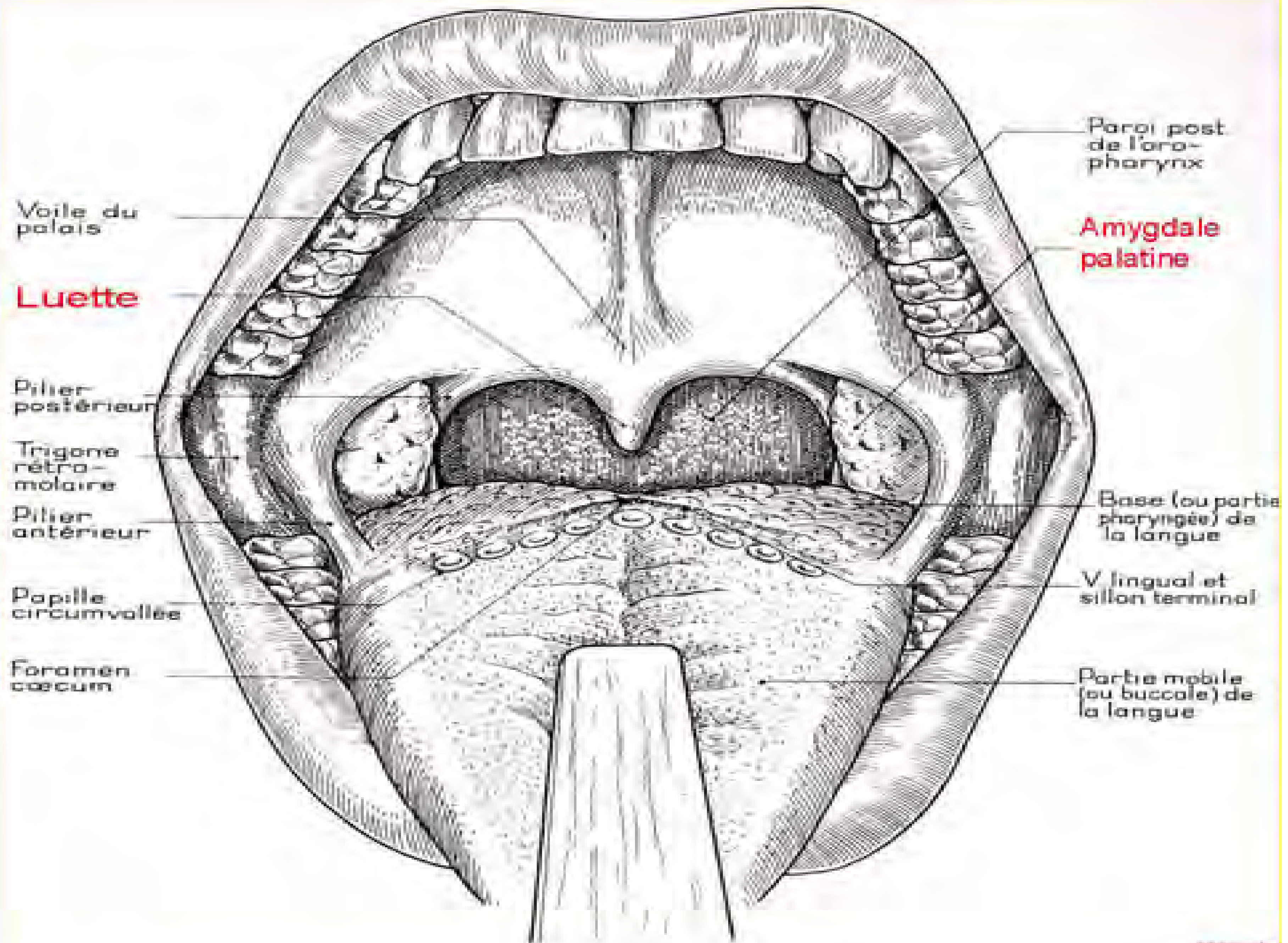
DÉFINITION –GÉNÉRALITÉS

- **Angine:** inflammation aiguë d'origine virale ou bactérienne des **amygdales palatines** ou la muqueuse pharyngée.
- Il peut s'y associer une atteinte des **amygdales pharyngées** (végétations adénoïdes) et/ou des **amygdales linguales**.
- C'est une pathologie fréquente de l'enfant et de l'adulte, en particulier lors de la période hivernale.



RAPPEL ANATOMIQUE

- Les amygdales sont des formations lymphoïdes paires symétriques qui constituent l'élément le plus volumineux de l'anneau de Waldeyer.
- Plaquées contre la paroi latérale de l'oropharynx.
- Occupent la partie supérieure de la loge amygdalienne entre le pilier antérieure en avant et le pilier postérieure en arrière.


Voile du palais
Luette
Pilier postérieur
Trigone rétro-molaire
Pilier antérieur
Papille circumvallée
Foramen caecum
Paroi post de l'oro-pharynx
Amygdale palatine
Base (ou partie pharyngée) de la langue
V lingual et sillon terminal
Partie mobile (ou buccale) de la langue

DIAGNOSTIC:

La classification des angines prend en consideration l'aspect de l'oropharynx a l'examen clinique, sans présumer l' étiologie virale ou bectérienne.

Il existe quatre grandes formes cliniques d'angine:

A/ Angines érythémato-pultacées et érythémateuses : 90%.

B/ Angines pseudo-membraneuses.

C/ Angines ulcéreuses.

D/ Angines vésiculeuses.

I - ANGINE ÉRYTHÉMATO-PULTACÉE:

Ce sont les plus fréquentes.

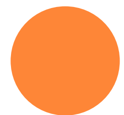
A- Angines virales :

Ils sont en cause dans plus de 80% des angines.

Les virus impliqués sont nombreux , Il s'agit fréquemment de :

- **EBV,** peut donner tous les types d'angines,
- **Adénovirus**, responsible du syndrome pharyngo-conjonctival;
- **Influenzae,** inaugurée souvent par une dysphagie avec inflammation pharyngée précédant le syndrome grippal;

Il n'y a pas de traitement ni de prévention spécifiques.

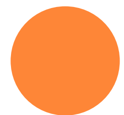


B- Angines bactériennes:

- De 25 a 40 % des angines de l'enfant et 10 a 25 % des angines de l'adulte sont d'origine Streptococcique. Le **Streptocoque BHA** est la bactèrie la frequente, surviennent après l'âge de 3 ans, avec un pic de fréquence entre 5 et 15 ans. Elle guérit spontanément en 3 a 4 jours, mais des peut entrainer des cpc post-strepto: RAA et GNA.
- D'autres bactéries peuvent être rencontrés :

- Haempilus Influenzae,
- Staphylococus aureus,
- Morexella catarrhalis.

Tous ces germes peuvent etre productuers de B-lactamase



1. Diagnostic positif:

- Elles se manifestent par :

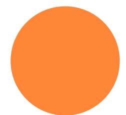
– un début brutal ;

– une douleur pharyngée vive, une otalgie et une odynophagie;

– un contexte fébrile (fièvre à 39 °C) ;

– Symptômes digestifs surtout chez l'enfant .

- Examen clinique : découvre des amygdales tuméfiées, rouges intense: **angine aiguë érythémateuse ;** lorsque les amygdales sont recouvertes de points blancs ou de dépôts blanchâtres facilement détachables : **angine aiguë érythémato-pultacée**







2. Diagnostic étiologique

● Il faut rechercher essentiellement les éléments en faveur d'une **étiologie streptococcique** :

- Début brutal avec sensations de malaise;
- Fièvre élevée;
- L'importance de la douleur pharyngée;
- Et surtout:

Absence de signes bronchiques ou rhinologiques associés (ni Obstruction nasale, ni toux);

adénopathies sous-digastriques bilatérales ;

● Place des examens complémentaires :

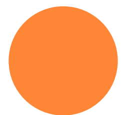
– NFS, CRP;

– Sérologies virales,

– Dosage des ASLO;

Inutiles dans les angines non specifiaues;

➔ Test de diagnostic rapide de SBHA (TDR);



TDR : Technique (1)



Bien écouvillonner les zones inflammatoires. Eviter le contact avec les dents, les gencives, les joues et la langue

Poser le tube sur le portoir. Verser 3 gouttes de réactif A puis 3 gouttes de réactif B

TDR : Technique (2)



Introduire l'écouvillon dans le tube. Agiter la solution



Attendre 1 minute avant d'exprimer l'écouvillon en le comprimant contre les parois du tube puis le jeter



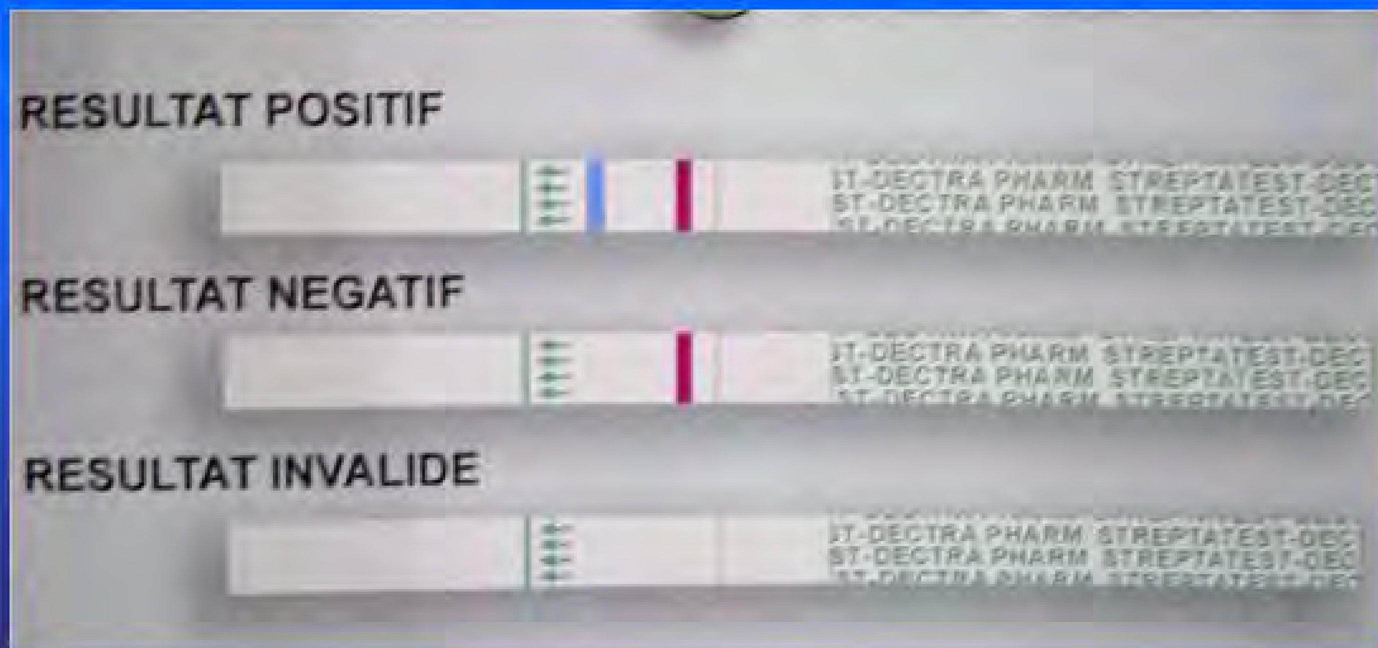
Plonger la bandelette dans le tube, flèches vers le bas. Lire le résultat après 5 mn

A21

TDR : Technique (3)

- La bande rouge indique que le test a été correctement effectué
- La bande bleue indique la positivité.

Attention ! En cas de faible positivité (colonies peu nombreuses), le temps de réaction est plus long et la bande bleue plus pâle



A22

3. Formes cliniques:

A/ Phlegmon périamygdalien:

— Collection suppurée développée dans l'espace péri-amygdalien (entre l'amygdale et sa capsule et la paroi pharyngée musculaire) compliquant une angine aiguë ou chronique :

– Cliniquement, le tableau est celui d'une angine mais particulière avec :

* Signes généraux marqués ;

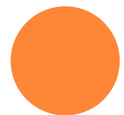
* Odynophagie très importante, irradiant vers l'oreille ;

* Trismus ;

* Asymétrie de l'oropharynx due a une tuméfaction du pilier antérieur ;

*Œdème de la luette ;

* ADP sous-digastrique homolatérale, qui peut aussi évoluer vers la collection (adénophlegmon).





b/ Angines récidivantes :

– On invoque des modifications profondes de la flore amygdalienne et la mise en cause de des germes type Hæmophilus, staphylococcus aureus, anaérobies.

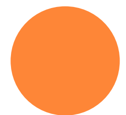
–Dépôts blanchâtres malodorants de caséum enchassés dans les cryptes amygdaliennes.

c/ Complications des angines streptococciques:

–**Scarlatine.**

–**Rhumatisme articulaire aigu** avec arthrite, endocardite, péricardite, atteinte neurologique (chorée de Sydenham), atteinte cutanée (érythème marginé, érythème noueux).

–**Glomérulonéphrite aiguë** (syndrome douloureux abdominal associé à des œdèmes des membres inférieurs) dépistée par la recherche d'une protéinurie à la bandelette trois semaines après une angine non traitée par antibiotiques.



II - ANGINES PSEUDOMEMBRANEUSES

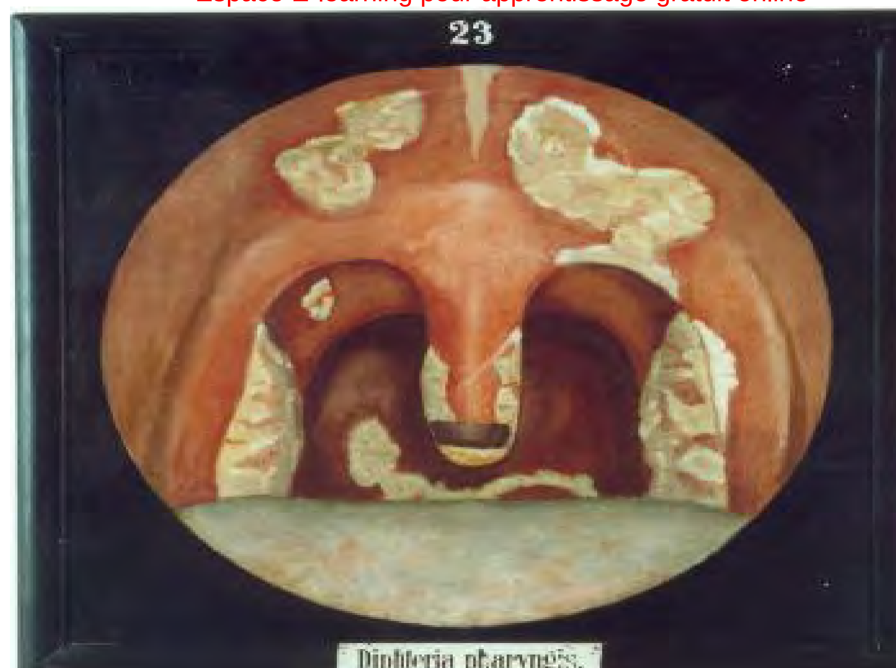
On doit redouter la **diphtérie,** même chez le sujet vaccine, tout en sachant que la MNI est beaucoup plus souvent en cause.

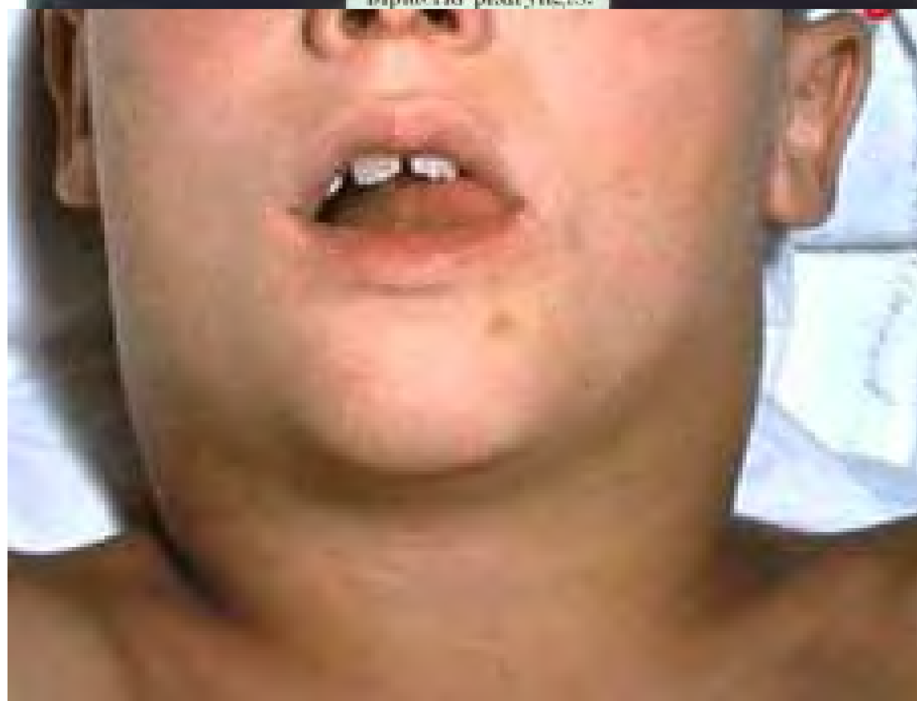
1. Angine diphtérique: Elle associe :

- un syndrome général marqué ;
- des fausses membranes **épaisses, extensives, fortement adhérentes, envahissants les amygdales, piliers et la luette**;
- une rhinorrhée mucopurulente;
- des ADP cervicales bilatérales parfois douloureuses et volumineuses réalisant l'aspect: d'un cou proconsulaire;

A un stade plus avancé:

- une dyspnée laryngée (croup), parfois asphyxie;
- une myocardite à un stade tardif;
- Les complications paralytiques (paralysie vélopalatine, …).


23
Diphteria pharyngis.



2. Mononucléose infectieuse:

- ✓ Liée a une primo-infection par EBV.
- ✓ Affecte l'adolescent et l'adulte jeune.
- ✓ Son mode de transmission est aérien.
- ✓ Mais l'aspect clinique des angines de la MNI est polymorphe et peut être également érythématopultacé ou ulcéré.

- Le tableau clinique associe :

– Angine pseudomembraneuse: dépôts blanchâtres **strictement limites aux amygdales, respectant la luette,** et sont décollables.

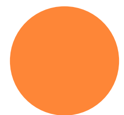
– un syndrome général marqué (asthénie +++) ;

– ADP cervicales ;

– Purpura du voile du palais ;

– une éruption cutanée et SPM sont parfois associée

– C'est une CI à l'emploi des amoxicillines : éruption cutanée.



- Biologie :

–NFS: syndrome mononucléosique ;

–Bilan hépatique : augmentation de transaminase dans 90%.

- Le diagnostic de certitude repose sur :

– MNI-test ;

– Sérologie EBV

ne seront demandés que dans les formes atypiques.



Angine pseudomembraneuse: MNI

III - ANGINES ULCÉREUSE

Le problème essentiel est d'éliminer une pathologie tumorale.

1. Angine de Vincent:

●Elle affecte surtout l'adulte jeune ; un mauvais état buccodentaire est souvent associé.

●Due a une association bactérienne: fuso-spirillaire (Tréponèma vincetti et f. necropherum) .

– Ulcération amygdalienne, ne débordant pas l'amygdale, recouverte d'un enduit jaunâtre. Mais le doigt palpe une amygdale souple.

– haleine fétide +++.

– l'asthénie marqué avec une T peu élev



3. Chancre syphilitique:

●Cliniquement, il s'agit d'une ulcération unilatérale: l'amygdale atteinte est indurée et indolore, l'adénopathie est plus ferme avec un gros ganglion central entouré de ganglions plus petits.

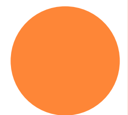
●Ce diagnostic doit être évoqué devant toute ulcération pharyngée et conduire aux examens complémentaires appropriés.

●Le diagnostic repose sur :

– Les prélèvements locaux à la recherche de Tréponèma pallidum;

– Le sérodiagnostic : TPHA VDRL.

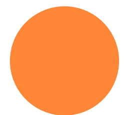
●La recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles est systématique (VIH, hépatites, gonococcies…).



N.B:

- Toute ulcération amygdalienne persistante doit être biopsiée, en particulier chez les patients présentant des facteurs de risque (cancer).

- En cas d'atteinte bilatérale ou d'évolution défavorable sous traitement bien conduit, une NFS doit être systématiquement demandée, à la recherche d'une hémopathie maligne.



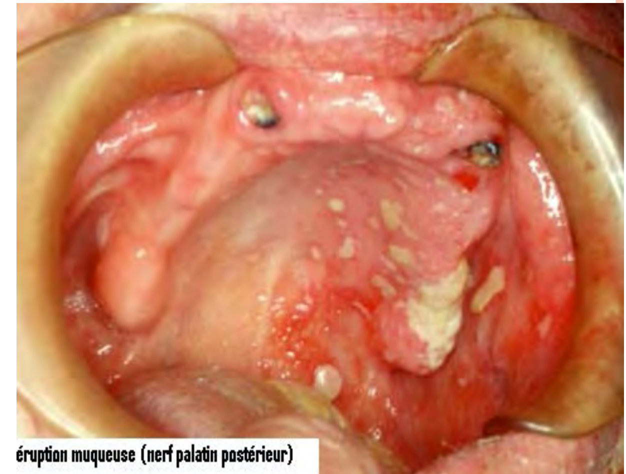
IV - ANGINES VESICULEUSES

En fait , il ne s'agit pas vraiment d'angines.

1. Angines vésiculeuses unilatérales:

Zona pharyngien (IX) ;

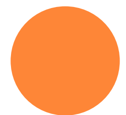
- Pharynx inflammatoire avec éruption vésiculeuse unilatérale, souvent très algique, qui s'ulcère et se recouvre d'un enduit pultacé.


éruption muqueuse (nerf palatin postérieur)

- L'éruption intéresse le pilier ant, le sillon gingivolingual, et parfois la face interne des joues.
- peut s'associe a un zona ophtalmique ou auriculaire.
- L'évolution :bénigne, des algies post-zostériennes possible chez le sujet âgé.

2. Angines vésiculeuses bilatérales: Les causes sont dominées par :

- **L'herpès**:
  - En particulier lors de la primo-invasion par HSV 1, chez l'enfant ou l'adulte jeune;
  - Réalisant dans un contexte d'odynophagie fébrile un tableau de gingivo-stomatite (atteinte buccale et labiale) et d'angine (voile, amygdales, pharynx) vésiculeuse.
  - Le traitement est symptomatique.
  - L'aciclovir peut être utilisé dans les formes diffuses et très algiques.

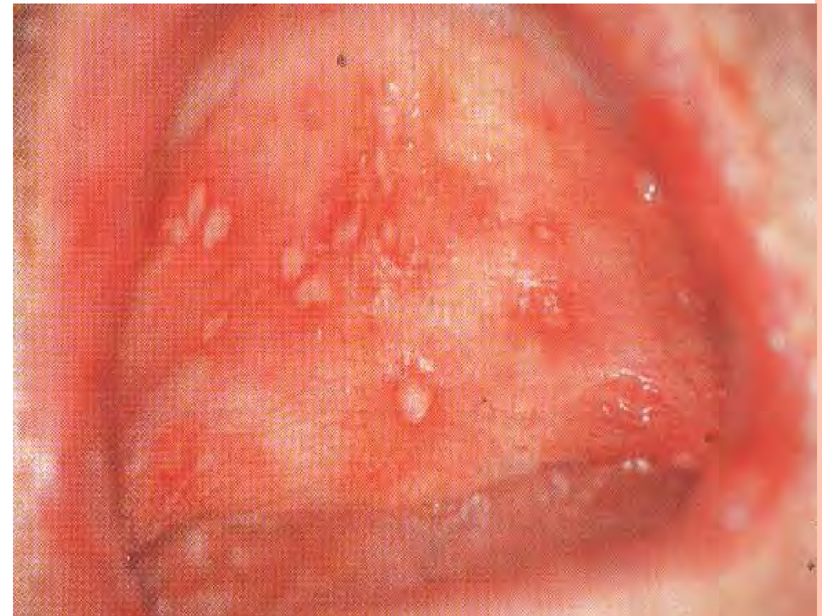


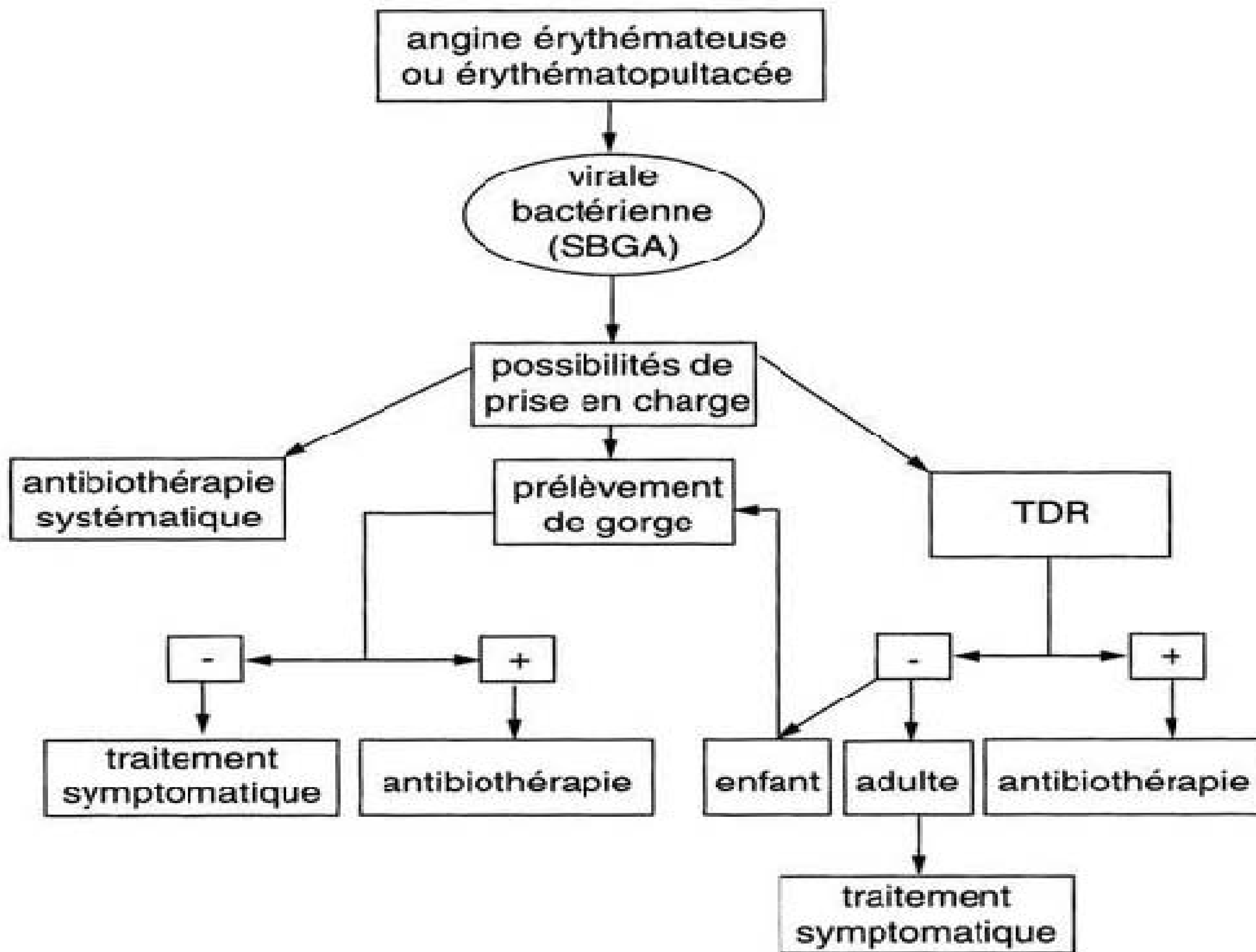
- **L’herpangine:**

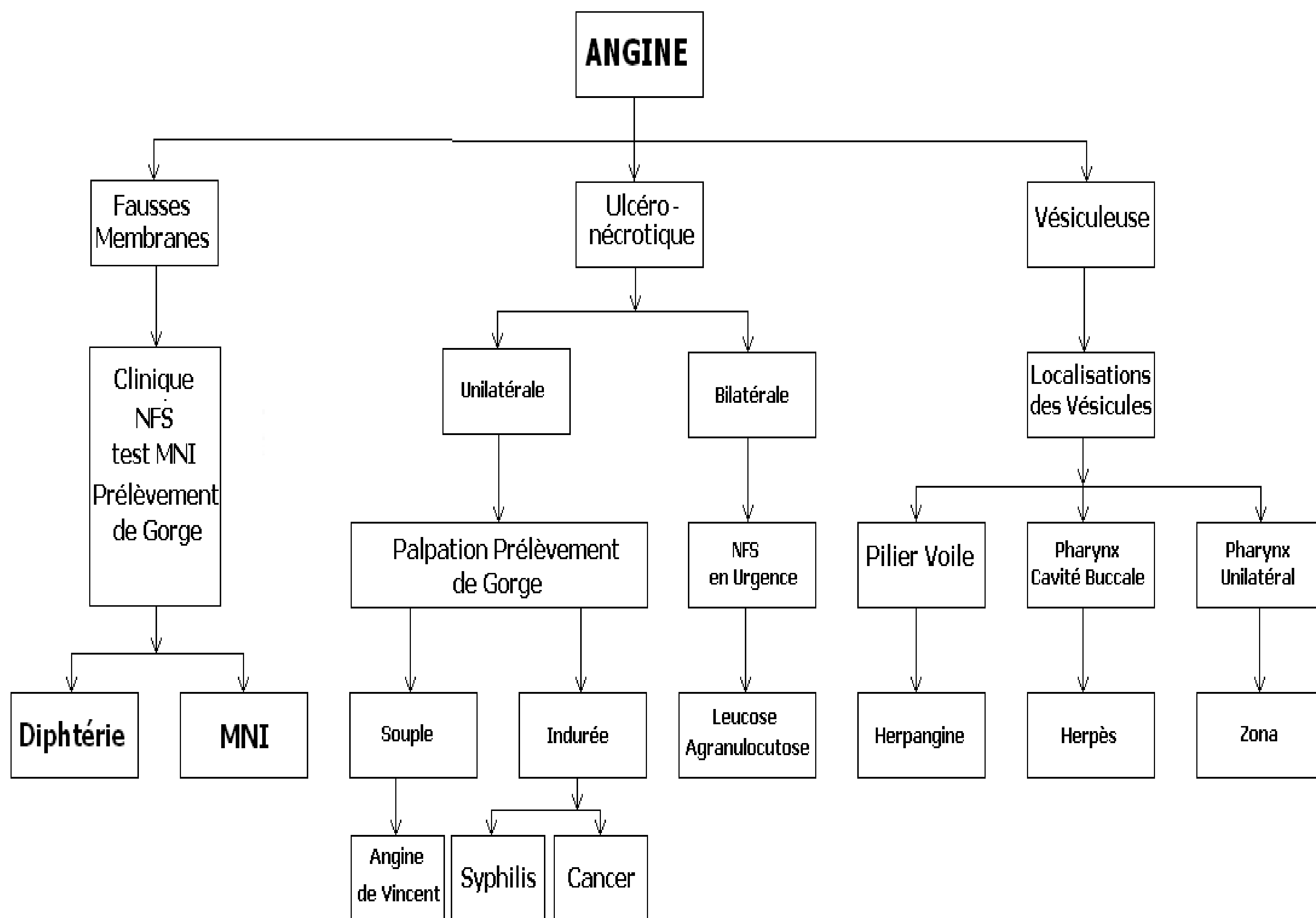
- Dû au virus coxsackie A, responsable de la grippe d’été;
- - Survient à tout âge mais plus fréquent chez l’enfant et l’adolescent,
- Touchant essentiellement le voile du palais, sous l’aspect de quelques petits érosions très fébriles,
- Réservoir : strictement humain ,
- Transmission :

directe » » manu portée

indirecte » » eau, alimentation




angine érythémateuse
ou érythématopultacée
virale
bactérienne
(SBGA)
possibilités de
prise en charge
antibiothérapie
systématique
prélèvement
de gorge
TDR
-
+
traitement
symptomatique
antibiothérapie
-
+
enfant
adulte
antibiothérapie
traitement
symptomatique


ANGINE
Fausses Membranes
Ulcéro-nécrotique
Vésiculeuse
Clinique
NFS
test MNI
Prélèvement de Gorge
Unilatérale
Bilatérale
Localisations des Vésicules
Palpation Prélèvement de Gorge
NFS en Urgence
Pilier Voile
Pharynx Cavité Buccale
Pharynx Unilatéral
Diphtérie
MNI
Souple
Indurée
Leucose Agranulocutose
Herpangine
Herpès
Zona
Angine de Vincent
Syphilis
Cancer

TRAITEMENT

A- Angine érythémateuse et érythémato-pultacée:

1. Traitement de l'angine non compliquée:

- Le but est d'éradiquer le streptocoque, germe le plus fréquent et responsable de complications générales. Moins de 5 % des streptocoques sont résistants à la pénicilline.
- L'observance du traitement +++ .
- Antalgiques antipyrétiques, soins locaux.
- AINS?
- L'ATB de référence est: **Amoxicilline** per os pendant une durée de 06 jours (en dehors de la MNI): [50 mg/kg/j/ chez l'enfant et 2 g/j chez l'adulte].
- En cas d'allergie aux pénicillines, on proposera un macrolide, en particulier, l'azythromycine (durée du traitement trois jours).

- *Si âge > 4 ans :* Amoxicilline.
- Si âge < 4 ans :

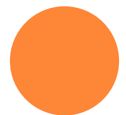
a. **Angines érythémateuses** : pas d'antibiotique.

b. **Angines érythématopultacées** : Amoxicilline

2. Angines à répétition :

Traitement médical :

- Extencilline 1inj. / 21J pendant 06 mois.
- si échec amygdalectomie



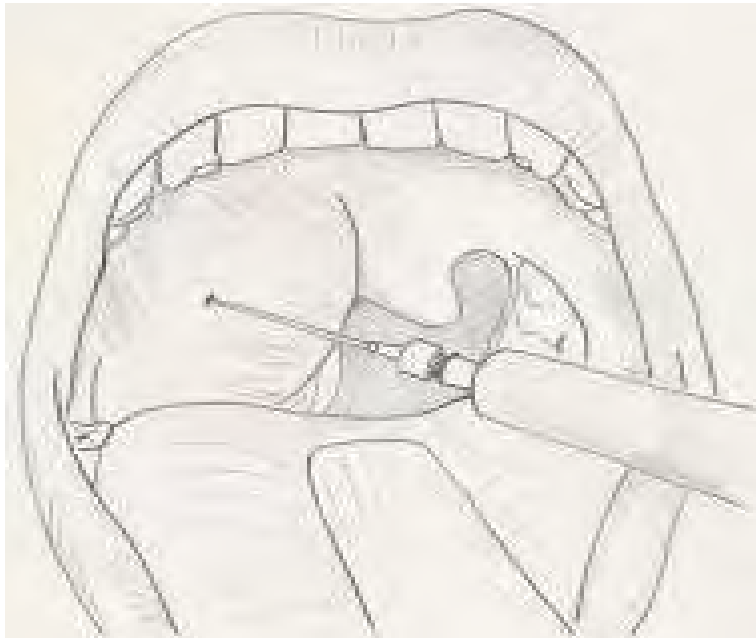
3. Traitement du phlegmon peri-amygdalien:

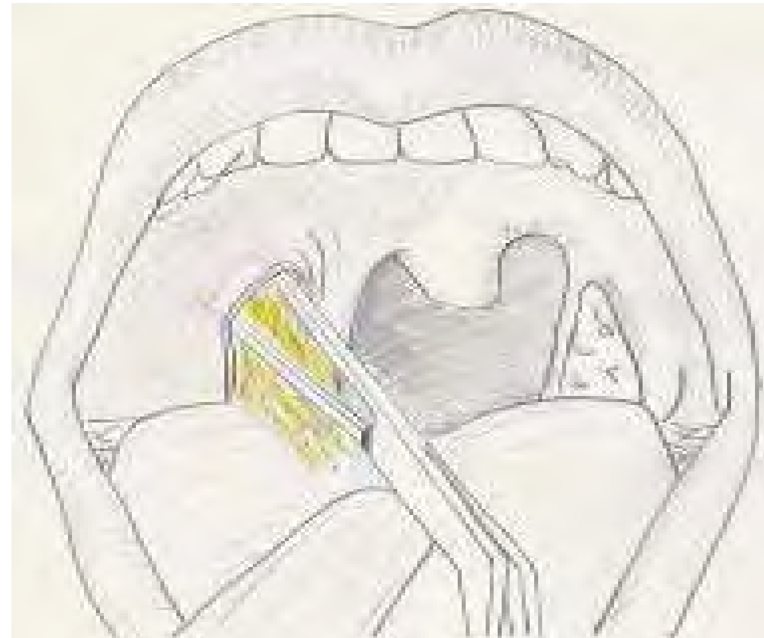
●Hospitalisation.

●Ponction a l'aiguille fine permettant de confirmer le diagnostic (pus franc à l'aspiration), Prélèvement bactériologique.

● Incision au bistouri, sous anesthésie locale.

● ATB par voie parentérale associant amoxicilline-acide clavulanique 1g x3/jet métronidazole. ●En cas d'allergie, pristynamycine (Pyostacine).





B/ Angine vésiculeuse

●AINS et antalgiques.

●À titre symptomatique, l'application d'un gel de Xylocaïne (chez l'adulte uniquement en raison du risque de fausse route +++).

C/ Angine pseudomembraneuse:

1. Angine diphtérique

- Hospitalisation, isolement.

- Le traitement repose sur la sérothérapie (10 000 à 20 000 unités chez l'enfant,30 000 à 50 000 unités chez l'adulte) associée à une antibiothérapie IV (pénicilline ou macrolide).

- Faire une surveillance cardiaque par ECG.

Sans oublier : * Isolement du patient;

* Identifier les personnes exposées et procéder a la déclaration;

* Pratiquer une vaccination,

2. Angine de la mononucléose infectieuse:

- Éviter les amoxicillines (rash cutané).
- Traitement symptomatique (AINS et antalgiques), bains de bouche parfois corticothérapie dans les formes très asthéniantes.

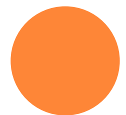
D/ Angine ulcéreuse:

1. Angine de Vincent

- Traitement : association: métronidazole, amoxicilline - acide clavulanique 1 g trois fois par jour (Augmentin).
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens et antalgiques dans les formes douloureuses.
- Soins locaux antiseptiques et antalgiques.
- Soins dentaires à distance.

2. Chancre syphilitique

- Traitement de la syphilis.
- Déclaration obligatoire.



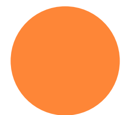
INDICTIONS DE L'AMYGDALECTOMIE

Indications absolues :

- Angines à répétition: 3/an pdt 3 ans ou 5/an pdt 2 ans ;
- Hypertrophie amygdalienne unilatérale ou bilatérale obstructive ;
- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil par obstruction des voies aériennes supérieures ;
- Phlegmon péri-amygdalien qui récidive : rare chez l'enfant.
- Amygdalite chronique

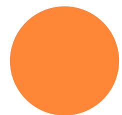
Indications relatives:

- RAA ;
- GNA ;
- Endocardite.



CONTRE INDICATIONS: Il n’existe pas de contre-indication formelle définitive :

- Age: <2 ans sauf Indications absolues elle sera différée ; il n’y a pas de limites d’âge sup !
- Infections aigues (primo-infection…): T >38 ° C ;
- Infections amygdalienne ou péri amygdalienne en cours ;
- Impétigo péri-orificiel de la face ;
- Caries dentaires avec abcès ;
- Épidémie de maladie infectieuse (polio, rougeole, grippe…) ;
- Vaccination: 6 mois après BCG, 15 j après polio ;



AMYGDALECTOMIE

TECHNIQUES:

Chez l'enfant:

- Amygdalectomie d'énucléation au Sluder chez l'enfant.
- Amygdalectomie par dissection sous AG.

Chez l'adulte:

- Amygdalectomie par dissection chez l'adulte sous anesthésie locale.
- Amygdalectomie par dissection sous AG.

